

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1927

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN MERMILLOD

Né à Saclas (Seine-et-Oise), le 25 Juin 1898

LA PÉRIODE PRIMAIRE

DE

LA SYPHILIS

Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927



303

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

808

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1927

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN MERMILLOD

Né à Saclas (Seine-et-Oise), le 25 Juin 1898

LA PÉRIODE PRIMAIRE

DE

LA SYPHILIS

Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.
	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	HOVELACQUE	Anatomie.
AUBERTIN	Pathologie médicale	JOYEUX	Parasitologie.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.	LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
BINET	Physiologie.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	MULON	Histologie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils	Physiologie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
FOIX	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VELTER	Ophthalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.		
HEITZ-BOYER	Urologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERRER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÆPER.	Clinique médicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.	RIBIERRE.	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
		VILLARET.	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR ALEXIS MERMILLOD,

MÉDECIN DE SACLAS (SEINE-ET-OISE)

(1854-1894)

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LAURENT MERMILLOD,

MÉDECIN DE SACLAS

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A LA MÉMOIRE DE :

M. LE DOCTEUR OETTINGER,
ANCIEN MÉDECIN DE L'HÔPITAL COCHIN

M. LE DOCTEUR BERGÉ
ANCIEN MÉDECIN DE L'HÔPITAL BROUSSAIS

A MM. LES PROFESSEURS :

WIDAL, MÉDECIN DE L'HÔPITAL COCHIN.

MARFAN, MÉDECIN DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS.

COUVELAIRE, ACCOUCHEUR A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE.

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS :

THIERRY, CHIRURGIEN HONORAIRE DE LA PITIÉ.

ALGLAVE, CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU.

A M. LE DOCTEUR LAUBRY,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL BROUSSAIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEANSELME,

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

*Hommage de respectueuse gratitude
pour l'honneur qu'il m'a fait en
acceptant de présider cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR G. MILIAN
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse, et m'a guidé de ses pré-
cieux conseils, en témoignage de
mon profond respect.*

Préface

Nous entendons avec les auteurs classiques, par période primaire, celle qui s'étend de la contamination à l'apparition des accidents secondaires.

La période primaire est divisée elle-même, cliniquement, en deux étapes :

L'une, comprise entre la contamination et l'apparition du chancre ; c'est la période d'incubation ; l'autre, comprise entre l'apparition du chancre et le début des accidents secondaires ; c'est la période primaire proprement dite.

Malgré son caractère artificiel, cette division, en raison de sa simplicité et de sa commodité, est toujours adoptée.

On a cru longtemps que la période primaire était dénoncée uniquement par l'apparition du chancre, tous autres accidents étant postérieurs à la roséole et caractérisant avec elle la période secondaire.

Or, les dates d'apparition du chancre et des accidents secondaires sont très variables, parce qu'elles sont conditionnées, de même que les caractères objectifs des lésions, par un état spécial des tissus, appelé « état allergique » ou « état de sensibilisation », qui est causé par

le tréponème, mais dont l'évolution est très variable suivant les individus et suivant les tissus de chaque individu.

On sait aujourd'hui que certains signes de généralisation peuvent apparaître dès la période primaire. Nous en avons recueilli plusieurs observations dans le service de notre maître, M. G. Milian. C'est à leur propos que nous présentons cette étude.

CHAPITRE I

Le chancre syphilitique

Le chancre syphilitique est le premier signe de la période primaire. On a cru longtemps qu'à lui seul il résumait et localisait le virus. En d'autres termes on pensait que le reste de l'individu était sain.

Il n'en est rien. Le tréponème est répandu dans tout l'organisme avant l'apparition du chancre dès la période d'incubation. C'est une erreur grossière, une illusion, de croire qu'extirper le chancre à son apparition, supprime la maladie. La généralisation du virus se fait dès qu'il trouve l'érosion qui est sa porte d'entrée. En enlevant la portion de peau sur laquelle l'inoculation a été faite, deux heures après cette inoculation, on n'empêche ni le chancre ni la syphilis de se produire.

— Il existe une période d'incubation correspondant à des lésions histologiques : accumulation de lymphocytes autour des vaisseaux papillaires, épaissement de l'endothélium vasculaire.

Le moment d'incubation réelle où rien ne vient déceler histologiquement l'infection est très court.

Combien de jours s'écoulent entre la contamination et l'apparition du chancre ?

Les chiffres exprimant les durées minima, maxima et moyenne de l'incubation du chancre diffèrent suivant les observations. Elles varient dans de larges limites ; ainsi, chez le chimpanzé qu'on inocule, on a observé une durée de 15 à 49 jours. Chez l'homme, la durée minima de l'incubation est de 8 à 10 jours.

La durée maxima, plus difficile à déterminer, atteindrait 70 jours, et exceptionnellement 100 jours.

La durée moyenne est de 31 jours, d'après Fournier. Il est inutile de dire que cette durée moyenne, fixée à un jour près, est schématique.

Le chancre peut-il faire défaut ? Les anciens maîtres pensaient qu'on ne pouvait avoir la syphilis sans chancre.

On croit aujourd'hui que le tréponème peut s'introduire par voie percutanée, sans réaction locale. L'expérimentation chez les animaux démontre qu'il existe une syphilis hématogène, sans chancre, consécutive à l'inoculation sous-cutanée du virus. Si on introduit profondément le tréponème dans la circulation générale, la réaction épidermique manque. (Dr Nicolau, de Bucarest). Julien et Welsch ont publié des cas d'infection syphilitique généralisée d'emblée, sans chancre initial, consécutive à l'inoculation du virus par piqure sous-cutanée.

En dehors de ces exceptions, existe-t-il cliniquement

une syphilis d'emblée sans chancre préalable ? Audry et Chatelier (*Annales dermat. et syph.*, 1921) ont admis la syphilis à bubons d'emblée (syphilis crypto-carcinique à début ganglionnaire), en se basant sur la positivité d'une réaction de Wassermann. Mais l'accident primitif parfois à peine visible se présente sous l'aspect d'une minuscule érosion. Gougerot (*Ann. Mal. vénér.* 1922) non seulement admet la syphilis sans chancre, mais pense que les deux virus, tréponème et bacille de Ducrey, sont susceptibles de créer une infection mixte, ou chancrello-syphilis sans chancre mixte faisant office de porte d'entrée. En clinique, les syphilis sans chancre sont presque toutes des syphilis occultes, larvées, dont on n'a point vu le chancre, car celui-ci peut être petit, indolore et se trouver dans un repli de muqueuse urétrale ou vaginale.

Les cas de syphilis ignorée se sont multipliés depuis qu'on les dépiste par la réaction de Wassermann. Mais retenons que syphilis ignorée ne veut pas dire syphilis sans chancre. La contamination peut provenir d'une personne indemne, en apparence, de toute manifestation spécifique.

Sadek a publié un cas analogue de contagion due aux pratiques des empiriques en Egypte. (*Bull. of the ophthalm. Soc. of Egypt.* 1923, p. 82-89).

Toute une série d'ulcérations à la paupière et à la conjonctive avec tuméfaction des paupières et des glandes de cette région ont révélé que chez les 38 malades, de tous âges, qu'il a observés, il existait une infection syphilitique. Tous ces malades s'étaient fait traiter par des

femmes charlatans qui prétendaient enlever, avec la langue, des vers du sac conjonctival.

Chose singulière, ni l'anamnèse, ni l'examen physique de ces femmes n'avaient révélé chez elles la syphilis, alors que chez les patients qu'elles avaient infectés le Wassermann était fortement positif.

Ce qui rendait le diagnostic difficile était le fait que l'affection oculaire se montrait souvent bilatérale, alors qu'on sait que l'accident primaire est presque toujours unilatéral. Mais, étant donné dans ces cas le mode de production, l'on comprend qu'il y ait eu bilatéralité.

Le traitement antisiphilitique eut raison de tous ces symptômes.

Quel est l'aspect clinique du chancre, première manifestation de la syphilis ?

Ses caractères étant classiques, nous n'en donnons qu'un court résumé.

Au début, le chancre est une petite saillie ou papule qui devient rapidement érosive, et dont l'érosion s'agrandit (Lacassagne).

Ses dimensions sont des plus variables. Ainsi tel chancre (chancre nain) offrira l'apparence d'une vésicule d'herpès ; tel autre (chancre géant) aura cinq centimètres de diamètre.

Le chancre syphilitique est une érosion surmontant un infiltrat. De cette notion histologique découlent ses caractères cliniques : absence de bord, forme régulière, couleur chair musculaire (Milian).

L'érosion ou perte de substance de l'épiderme sans lésion du derme est plane, lisse, unie, sans crevasses et

n'offre pas de bords. C'est un signe constant. Même lorsque le chancre paraît ulcéreux sur des régions plissées, il suffit de tendre l'érosion de chaque côté pour que l'ulcération s'efface, ce qui montre ainsi qu'elle n'existait qu'en apparence ; elle avait un contour, mais pas de bords.

La forme du chancre est également caractéristique : régulièrement arrondie ou ovalaire, nettement délimitée comme faite au compas. La couleur a aussi une grande importance ; le chancre bien nettoyé, débarrassé de ses exsudats, a un aspect chair musculaire dû à la dilatation des vaisseaux situés au-dessous de l'érosion.

Le chancre syphilitique peut occasionnellement revêtir des formes singulières. Bogdanowitch (Russké Wiestnik Dermatol. 1924, p. 142) en a décrit un qui était annulaire. Il s'agissait d'une femme de 38 ans présentant dans la région inguinale droite une ulcération annulaire de 2 cm. $\frac{1}{2}$ de diamètre et dont les bords étaient marqués par une infiltration dure. Dans le sérum d'irritation existaient de nombreux spirochètes pâles. Sous l'influence du traitement, cette ulcération disparut rapidement.

L'auteur pense que cette forme, extraordinaire pour des ulcérations syphilitiques primaires, serait le résultat d'une inoculation transférée par des spirochètes, après un contact immédiat de surfaces cutanées.

Il existe encore d'autres signes caractéristiques du chancre syphilitique : il ne suppure pas, mais donne une exsudation légère de sérosité limpide ; enfin, il est indolore.

L'induration est due aux infiltrats qui existent au-des-

sous de l'érosion autour des vaisseaux dilatés. Ce symptôme a été considéré longtemps comme un caractère majeur du chancre syphilitique dit induré.

Cette induration est lamelleuse, en carte de visite. Elle ne constitue pas une grosse infiltration, car elle n'a guère plus de 1 à 3 millimètres d'épaisseur. Sous les doigts que l'on porte sur chaque extrémité du chancre, on sent que cette induration offre une résistance cartilagineuse.

On peut quelquefois confondre cet infiltrat cartilagineux avec l'infiltrat inflammatoire qui accompagne le chancre mou ; dans ce dernier cas, il s'agit d'un empâtement plus ou moins abondant provenant de la congestion inflammatoire du chancre. Ce caractère est souvent trompeur ; il n'a pas la valeur pathognomonique de l'absence de bords, car il est variable et offre tous les degrés compris entre l'induration cartilagineuse et l'empâtement diffus. Il peut même se montrer d'une souplesse absolue. On devrait bannir du vocabulaire médical les expressions de chancre induré et de chancre mou, parce qu'elles sont la cause de nombreuses erreurs de diagnostic (Gerbay).

CHAPITRE II

Les accidents généraux

Longtemps on a cru que les accidents généraux de la syphilis n'éclataient qu'à la période secondaire, vers la 8^e semaine, la roséole en étant la première manifestation. Fournier, grâce à un nombre considérable d'observations, put affirmer : « L'entrée en scène des accidents généraux se fait, pour l'immense majorité des cas, au cours de la septième semaine qui suit le début du chancre. En moyenne, les accidents généraux paraissent 45 jours environ après l'éclosion du chancre et 70 jours après la contamination. Cela dans l'évolution spontanée de la maladie et indépendamment des perturbations qu'y peut apporter l'intervention thérapeutique ».

« Ce laps de temps intercalaire est sujet à variétés dans une certaine mesure. Rarement il devient plus court que le terme précité et ne le devient jamais en tous cas que dans une faible proportion. Ainsi il peut s'abaisser à 40, 38, voire exceptionnellement à 35 jours. Beaucoup

plus souvent, il dépasse sa moyenne habituelle pour s'élever à 50, 55 jours, même deux mois. Enfin, par exception, l'explosion secondaire se fait attendre jusqu'au troisième ou au quatrième mois ».

Dans les cas de chancre de la muqueuse buccale, la période primaire est écourtée, la roséole se produit souvent 15 à 28 jours après l'apparition du chancre. (Gautcher et Milian).

On sait aujourd'hui, contrairement à ce que l'on admettait jadis, que la période primaire de la syphilis n'est pas uniquement caractérisée par la présence du chancre. Comme le dit avec raison Audry : « Qui voit son chancre a sa vérole ».

Les recherches sérologiques ont distingué deux périodes primaires : la première préhumorale à sérologie négative ; la deuxième post humorale à sérologie positive avant toute éruption roséolique ; celle-ci peut se manifester par des érythèmes, de l'ictère, des syndromes méningitiques, etc. Cette constatation n'est pas une simple curiosité clinique ; elle a une importance thérapeutique. En effet, en suivant le principe d'Ehrlich de chercher à obtenir la stérilisation magna, un grand nombre de syphiligraphes, parmi lesquels nous citerons Lacassagne et Michel, préconisent des doses immédiatement élevées de novarsénobenzol : 0.45 ou 0.60 cgr. d'emblée suivies d'une nouvelle injection de 0.60 ou 0.75 cgr. trois à cinq jours après. Ils ne redoutent pas la réaction congestive d'Herxheimer qui, à ce stade, est locale. (Cadéac, Thèse Lyon 1922). Mais ils recommandent la prudence s'il existe des lésions hépatiques, de l'albuminurie ou

même une tare quelconque. Il y a donc grand intérêt à dépister ces lésions.

Comment le tréponème se généralise-t-il dans l'organisme ?

Il trouve deux voies : la voie lymphatique et la voie circulatoire.

Une partie des tréponèmes situés au niveau du chancre emprunte la voie lymphatique qui est la plus connue. Sans doute, elle charrie de bonne heure le tréponème. Il en résulte, après le chancre, une lymphite, marquée parfois par une induration des vaisseaux lymphatiques qui en partent et toujours par une adénite des ganglions où ils aboutissent. Cette dernière apparaît fatalement. Il n'y a pas de chancre syphilitique sans adénopathie (pléiade ganglionnaire). Les ganglions sont durs, bien délimités, mobiles, indolores, non enflammés. Leur évolution est longue, leur résolution spontanée.

En ces dernières années, Neisser, Levaditi, Lévy, Bing et Gerbay (Thèse doct. Paris) ont montré que rien dans la clinique ou dans l'expérimentation ne permettait d'attribuer à cette voie de généralisation un rôle prépondérant, encore moins exclusif.

La généralisation par la voie sanguine, qui est silencieuse, qui ne se traduit pas par une réaction comparable à l'adénopathie, commence bien avant l'éclosion du chancre, de suite après l'inoculation, et se poursuit lorsque le chancre est constitué. Ce que nous savons, et de l'anatomie pathologique du chancre et des conditions de

la circulation dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, et des résultats de l'expérimentation, démontre que la généralisation par voie sanguine est non seulement plus précoce, mais plus importante que la généralisation par voie lymphatique. La rate contient du tréponème 1/4 jours après l'inoculation (Neisser). Amelung et Sternberg, dont les recherches (Deutsch. Arch. f. klin. Méd. CXLV, n° 1) sont à l'appui de cette théorie, ont relevé des lésions du cœur et des vaisseaux dans la syphilis primaire. Pourtant la présence du tréponème est relativement rare dans le sang, encore n'y est-elle que passagèrement.

Burnet et Vincent (Compte Rendu Soc. Biol. 1905, p. 474), Levaditi et Manouelian (id., p. 527) ont découvert le tréponème dans les fentes lymphatiques qui traversent l'induration chancreuse, ainsi que dans la paroi des vaisseaux sanguins intus et extra. Au contraire, les spirochètes sont rares dans l'exsudat qui recouvre l'ulcère ; ils y sont gênés dans leur multiplication par les microbes banaux et la réaction cellulaire qui en résulte.

Les tréponèmes sont en rapport intime avec les lésions péri-vasculaires, lésions qui doivent être considérées comme une conséquence directe de la pullulation des parasites autour des canalicules sanguins. (Levaditi).

La même année, Erich Hoffmann a montré par l'inoculation au singe que le tréponème est en circulation bien avant l'apparition des accidents roséoliques, quelquefois trois semaines avant leur éclosion.

RÉACTION DE WASSERMANN

L'infection permet de déceler la réaction de Wassermann dans les humeurs de l'organisme, notamment dans le sang.

Tous les syphiligraphes reconnaissent que la date d'apparition de la réaction de Wassermann positive, calculée en prenant comme point de repère le début du chancre, est essentiellement variable. Elle peut se montrer dès le 7^e ou le 8^e jour, ou n'apparaître que le 30^e, le 40^e jour, et même, par exception, plus tardivement.

Cette variabilité oblige, si les examens à l'ultra sont négatifs, à surveiller le malade par la recherche hebdomadaire de la réaction de Wassermann qu'on répète du 35^e au 60^e jour. (Jeanselme).

Accessoirement, on recherchera le tréponème dans les ganglions après la ponction, et on essaiera la réaction de Wassermann avec la sérosité prélevée au niveau du chancre : celle-ci serait positive quelques jours avant l'examen du sang. (Davidovitch, Thèse doct. 1925).

La réaction de Wassermann positive n'apparaît pas à une époque fixe, calculée en prenant la date du début du chancre comme point de repère. Mais la réaction apparaît à une époque à peu près fixe, si l'on prend la date de contamination comme point de repère, alors que l'intervalle contamination-chancre est extrêmement variable d'un malade à l'autre.

Pour Lévy-Bing, Hang et Gerbay, la date de la réac-

tion par rapport à celle de la contamination se produit entre le 37° et le 45° jour.

L'apparition de la réaction de Wassermann stérilise l'inoculation du pus du chancre. On sait depuis longtemps qu'il peut y avoir plusieurs chancres syphilitiques ; on en a trouvé jusqu'à 25 sur un même malade (Ribollet). Ils se montrent simultanément ou successivement dans les premiers jours qui suivent la contamination. On sait, depuis les recherches de Queyrat, que le chancre est inoculable avec succès chez le même individu, dans les huit ou dix jours de son évolution.

Tant que la réaction est négative, les réinoculations du chancre prennent, mais dès que la réaction devient positive elles avortent.

FIÈVRE

On sait que la syphilis secondaire est fréquemment fébrile. Il est admis que cette fièvre est symptomatique de troubles ou de lésions susceptibles d'éveiller dans l'organisme un processus inflammatoire. Ainsi se produit une poussée fébrile au début d'éruptions intenses et généralisées, érythémateuses, papuleuses, surtout ulcéreuses (fièvre d'éruption de Fournier).

Plus souvent encore, certaines manifestations : périostite, pseudo-rhumatisme, méningite, néphrite, etc., expliquent l'apparition de la fièvre et parfois sa persistance.

Cette fièvre toute symptomatique, ne présente rien de bien particulier, mais il existe un rapport entre l'élévation thermique et la sévérité des accidents cutanés. Parfois légère, cette fièvre peut, dans les formes varioliformes et ulcéreuses, atteindre un degré élevé (Nicolas et Favre).

Si la fièvre caractérise la période secondaire, elle apparaît parfois dès la période primaire.

Il faut écarter la fièvre causée par une infection collatérale du chancre, comme celle qui résulte de la septicité de la bouche à la suite de chancres buccaux ou amygdaliens.

Il est des fièvres, rares à la vérité, dues à la seule présence du tréponème.

Milian et Mouquin ont publié (Bull. de Dermatol.

1920) des résultats qui, sans faire admettre la fièvre comme de règle à l'époque du chancre, permettent de ne pas la considérer comme exceptionnelle. Sur 21 malades observés à l'époque du chancre ils ont noté 4 réactions fébriles uniquement attribuables à l'activité du tréponème. La température oscille, matin et soir, autour de $37^{\circ}8$, 39° et $39^{\circ}9$ comme maxima. Ces maxima n'ont aucune heure fixe, et se produisent indifféremment matin ou soir. La fièvre apparaît en moyenne vers le 15^e jour du chancre ; parfois dès le 7^e jour. Elle est caractérisée par une céphalée très violente, et par l'absence de frissons et de sueurs. Les troubles digestifs font également défaut.

Chez la femme, elle s'observe plus fréquemment que chez l'homme, ainsi que cela se voit aussi dans la fièvre de la période secondaire.

Les chancres fébriles ne paraissent pas avoir de caractères spéciaux.

La fièvre syphilitique primaire se caractérise en général par sa faible élévation et le peu de troubles généraux qui l'accompagnent même par l'absence de tous troubles généraux.

Nos quatre premières observations, reproduites plus loin, sont des cas de syphilis primaire avec fièvre.

ALBUMINURIE

On a longtemps mis la néphrite et l'albuminurie de la période secondaire sur le compte du traitement mercuriel, puis on a reconnu qu'elles dépendaient souvent de la syphilis elle-même. Et on a décrit une albuminurie simple et bénignë, une néphrite aiguë grave, une albuminurie prolongée mais curable.

Mais l'albuminurie peut être précoce, survenir avec le chancre (Audry).

« Le virus syphilitique pénètre, dès l'inoculation, dans le courant sanguin, puisqu'on a pu trouver, à cette période, des spirochètes dans les parois des veines (Bab) ».

Les observations d'albuminurie précoce se sont multipliées.

Dreyer (Deut. med. Wochenschr., 1923 p. 550) en rapporte trois observations typiques.

Obs. I. — St..., 25 ans, accident primaire, il y a 10 jours. Spirochètes pâles + + +, W. +. Pas d'accidents secondaires de la peau et de la muqueuse. L'urine présente une forte opalescence. Pas de cylindre. L'albumine disparaît après 0,2 de salvarsan.

Obs. II. — G..., 25 ans, chancre de 11 jours. Spirochètes pâles + +. Rien à la peau ou à la muqueuse. Légère réaction opalescente de l'urine. L'albumine disparaît au bout de quelques jours, après 0,2 de salvarsan et de mercure.

Obs. III. — Femme avec chancre de 14 jours à la grande lèvre. Spirochètes pâles + + +. Rien à la peau. Ganglions dans l'aîne. Opalescence de l'urine. Même traitement qui fait disparaître l'albumine en quelques jours.

Ces observations nous apprennent que dès le stade primaire de la syphilis se produisent des altérations du rein qui se manifestent par l'élimination d'albumine. Il est probable que cette albuminurie de la syphilis primaire, dont nous avons pu suivre un cas dans le service de M. Milian (*Obs. n° 5*), est provoquée par l'action directe des spirochètes sur le rein. Il s'agit bien dans cette observation, non d'une albuminurie thérapeutique, mais d'une albuminurie infectieuse, puisque le traitement spécifique l'améliore et la guérit.

ICTÈRE

Avant la publication de M. Milian qui, le premier, en 1920, a insisté sur l'ictère syphilitique primaire, on ne connaissait que l'ictère syphilitique secondaire pouvant revêtir une forme grave et une forme bénigne dont Fournier avait tracé les caractères demeurés classiques.

Le 17 août 1920 (Paris-Médical, t. 37, p. 143) M. Milian a rapporté trois observations d'ictère qui avait été contemporain du chancre et antérieur à la roséole.

Nous résumons ces observations :

1^o) Mlle M..., âgée de 21 ans, entre le 6 février à l'hôpital St-Louis. Il existe une gale discrète et une phthiriasse légère du cuir chevelu. Ictère marqué aux téguments et aux muqueuses. Urines couleur acajou donnant les réactions de Gmelin et de Hay, pas de sucre ni d'albumine. Fèces décolorées, couleur mastic. Pas de circulation veineuse collatérale ni d'ascite. Foie légèrement augmenté de volume mesurant dix centimètres de hauteur de matité sur la ligne mamelonnaire. Langue un peu blanche. Vomissements bilieux la veille de l'hospitalisation. Pas de diarrhée ni de constipation. Température 37°2.

Malade très nerveux, se plaint de céphalée et de douleurs vagues généralisées.

27 février : ictère complètement disparu.

6 mars : roséole abondante.

2^o) D..., 27 ans entre à l'Hôpital pour 2 chancres de la verge et adénopathie inguinale double.

« Trois jours avant l'apparition du chancre, dit le malade, il s'est déclaré une jaunisse soignée dans le service de M. Siredey ». Elle fut traitée comme un ictère catarrhal.

Cet ictère qui avait presque disparu à sa sortie de l'hôpital a repris de façon intense :

Muqueuses colorées, urines couleur acajou, 2 litres par jour, sans sucre ni albumine. Le foie déborde légèrement les fausses côtes. Les autres organes sont normaux.

C'est de plus un grand alcoolique.

Le 3 février, début de roséole.

A l'origine de l'ictère on ne trouve ni excès alimentaire, ni intoxication.

A la verge on découvre 5 érosions où on trouve le tréponème en abondance. Adénopathie inguinale double.

Le malade ignorait l'existence de ces érosions.

L'examen dénote quelques stigmates de syphilis héréditaire :

Nez en selle, chevauchement des incisives médianes supérieures, lobules des oreilles soudés, cicatrices radiales caractéristiques sur les commissures labiales.

12 févr. : ictère stationnaire.

18 fév. : ictère presque disparu, matières recolorées. Fièvre 38°.

20 févr. : réaction de Wassermann jusque-là douteuse devient positive.

Le malade mis au régime lacté voit son ictère rétrocéder rapidement.

3°) M..., âgé de 39 ans, sans antécédents hépatiques, est porteur de 2 chancres syphilitiques avec roséole.

A subi 5 injections de stovarsol.

Le Wassermann fut toujours négatif malgré réactivation.

On a institué un traitement de novarsénobenzol intra-veineux.

Le 7 juin 1919, le malade a eu un chancre syphilitique.

12 jours après son apparition, sans troubles digestifs, se produit un ictère léger avec selles un peu décolorées.

Le 19 juin l'ictère devient intense. Les urines foncées donnent la réaction de Gmelin sans albumine.

Matières partiellement décolorées.

Traitement par injections d'huile grise.

7 juillet : la roséole apparaît. Le Wassermann devient +.

10 juillet : la roséole pâlit. L'ictère s'efface.

19 juillet, le chancre est cicatrisé.

La roséole a disparu.

Depuis, les observations d'ictère se sont multipliées.

En 1921, MM. Chatelier et Bonnetière (de Toulouse) en ont signalé un cas dans les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie (4 avril 1921).

En janvier 1925, MM. Gastou et Tissot publiaient dans la Revue Française de Dermatologie et Vénérologie l'observation suivante :

Un homme de 45 ans, porteur d'une érosion du sillon balano-préputial datant de cinq jours environ, est atteint de subictère dont l'apparition aurait été contemporaine de celle du chancre syphilitique, car il est infecté de spirochètes.

Les jours suivants un ictère franc s'établit avec tous ses caractères habituels.

On pratique des injections intra-veineuses quotidiennes de cyanure pour éviter l'action possible de l'arsenic sur le foie.

Dès la 3^e injection, on note une sensible amélioration, les signes de l'ictère s'atténuent, l'hypertrophie du foie qui était légère diminue, les selles se recolorent, les urines reprennent peu à peu leur teinte normale.

Le malade est alors soumis aux injections intra-musculaires fessières d'une ampoule de 3 cm³ de quinio-bismuth tous les 3 jours.

Après une quinzaine de jours le chancre est guéri.

Enfin, tout dernièrement M. Paul Nicaud en rapportait un cas semblable à la Société Médicale des Hôpitaux au cours de la séance tenue le 10 décembre 1926.

Nous en donnons intégralement l'observation :

« Une malade de 32 ans vient consulter à Lariboisière, le 6 août 1926, pour un ictère léger. Cet ictère a débuté il y a trois jours environ, s'est foncé assez rapidement, et en ces quelques jours un ictère modéré a été réalisé avec pigmentation notable de la peau, des conjonctives et des muqueuses, urines assez foncées et décoloration appréciable des matières.

L'examen complet des muqueuses permet de reconnaître deux petites ulcérations siégeant sur la marge de l'anus vers le raphé ano-vulvaire, dont le début approximatif paraît remonter au 25 ou 26 juillet précédent.

Ces ulcérations sont peu étendues, de dimensions d'une petite pastille, presque côte à côte sur le bord antérieur de l'an us et reposent sur une base indurée et assez largement infiltrée aux bords surélevés, à fond rosé légèrement sanieux. La présence de ces ulcérations n'avait provoqué aucune réaction douloureuse. Un seul petit ganglion était perceptible dans le pli inguinal droit.

Un frottis est fait aussitôt auprès l'examen de la malade avec l'exsudat obtenu après scarifications faites sur les bords d'un des éléments. On y découvre après coloration de Fontana-Tribondeau d'assez nombreux tréponèmes. Une prise de sang contemporaine de l'examen de l'exsudat montre une réaction de Wassermann et une réaction de Hecht négatives et il n'existait à cette époque en dehors des accidents primaires anaux décrits aucun autre accident cutané ou muqueux.

On propose immédiatement à la malade un traitement antisyphilitique rapide et intensif, et pour la surveiller plus étroitement on lui demande de rentrer à l'hôpital le jour même, mais elle ne revient que quatre jours après : le 10 août.

La situation à cette époque était tout à fait modifiée. L'ictère s'est nettement accentué avec coloration beaucoup plus marquée de la peau et des muqueuses, urines beaucoup plus foncées, décoloration très franche des matières ; mais un fait nouveau a inquiété la malade et l'a ramenée dans le service : c'est une éruption de syphilides secondaires maculo-papuleuses, dont le début remonte à deux jours environ ; les éléments sont très dif-

fus, mais particulièrement confluent sur le tronc. Il n'y a pas de nouveaux éléments muqueux. Les accidents primaires déjà observés présentent toujours les mêmes caractères.

Le foie paraît très légèrement augmenté de volume. La rate est normale.

La température est à 38°4. Il n'y a pas d'albuminurie.

La réaction de Gmelin a été positive dès le 6 août. La réaction de Hay a d'abord été négative, puis positive les jours suivants et la rétention associée des pigments et des sels biliaires a persisté ensuite jusqu'à la fin de l'évolution.

Cet ictère n'a pas été accompagné de troubles gastro-intestinaux.

Dès l'entrée de la malade à l'hôpital un traitement antisyphilitique intensif est commencé en injections intra-veineuses de novarsénobenzol et de cyanure de mercure. Une injection de novarsénobenzol est faite tous les six jours et une injection de cyanure quotidienne tous les jours intercalaires. Il n'y a pas eu de réaction d'Herxheimer perceptible.

Dès les premières injections la température redevient normale et dès le 13 août l'ictère s'atténue, les urines sont plus claires, les selles restent encore décolorées. L'éruption maculo-papuleuse pâlit, les éléments diminuent d'étendue et les chancres anaux sont également très favorablement modifiés. Le 16 août, l'ictère a presque complètement disparu, les urines sont claires et les selles normales. Une réaction de Wassermann faite le 16 août s'est montrée très positive.

Le 25 août, les conjonctives seules restent légèrement subictériques. Les syphilides très atténuées ne sont que très peu perceptibles encore sur l'abdomen et les chancres anaux sont en voie de cicatrisation complète.

Le traitement arsenical et mercuriel très bien toléré est continué régulièrement jusqu'à la fin du mois de septembre et, après une période de repos, le traitement a été repris depuis ».

La date du début de l'ictère est donc assez variable. Le plus souvent, il se montre contemporain du chancre (deux observations de M. Milian, observation de MM. Gaston et Tissot) ou le suit de quelques jours (observation de M. Nicaud).

Il semblerait débiter plus rarement deux ou trois jours avant le chancre comme dans l'observation n° 2 de M. Milian.

Dans tous les cas le foie a été atteint bien avant l'apparition des accidents secondaires.

Cet ictère revêt les signes d'un ictère catarrhal simple : cholurie, décoloration des matières, augmentation légère et inconstante du volume du foie.

A ces symptômes s'ajoutent toutefois quelques signes négatifs. Parmi toutes les observations publiées, nous ne relevons ni prurit, ni bradycardie, ni troubles gastro-intestinaux. La langue est quelquefois un peu saburrale, il n'y a ni diarrhée, ni constipation, ni nausées, ni vomissements.

La température est souvent nulle ou ne dépasse pas

38°, 38°4 et est très passagère (Nicaud, *Presse Médicale*, 23 février 1927).

La durée de cet ictère a été de 12, 22 et 27 jours dans les observations de M. Milian ; 14 jours dans celles de MM. Gastou et Tissot ; 20 jours dans le cas de M. P. Nicaud.

Pour M. Milian, l'ictère pourrait guérir spontanément, sa résolution se faisant peu à peu parallèlement à la cicatrisation du chancre.

Le traitement antisiphilitique qui doit toujours être précocement institué, semble amener une rétrocession rapide des accidents hépatiques, ce qui marque bien la nature spécifique de cet ictère.

On éliminera l'ictère émotif qui pourrait survenir, après la consultation, chez un malade ignorant jusqu'alors son chancre qu'il prenait pour une simple érosion. Et, d'ailleurs, le plus souvent l'ictère apparaît en même temps que le chancre.

Il n'y a pas lieu de penser à un ictère lithiasique, dans les observations que nous avons relevées, mais il est certain que ce diagnostic serait à discuter si le malade rapportait des accidents de colique hépatique dans ses antécédents.

L'hypothèse d'un ictère hémolytique doit également être écartée. On devrait constater dans ce cas une diminution de la résistance globulaire. MM. Gastou et Tissot ont au contraire noté dans leur observation une augmentation de la résistance globulaire et M. Nicaud dans les cas qu'il a observés n'a trouvé aucune modification de

la résistance globulaire, aucun signe d'anémie sanguine et pas de splénomégalie (loc. cit).

L'ictère syphilitique primaire se rapprocherait plutôt par certains symptômes, de l'ictère catarrhal simple, mais l'absence de troubles gastro-intestinaux, de prurit, de bradycardie et l'amélioration apportée par le traitement précocement institué, permettent d'éliminer ce dernier.

Le traitement spécifique par les arsénobenzols ou par le bismuth peut provoquer une insuffisance hépatique et un ictère ; on a cité des exemples de cet ictère dit toxique.

L'ictère syphilitique primaire apparaît avant tout traitement. Il se produit de préférence chez les sujets à insuffisance hépatique, surtout chez les alcooliques (Milian) et loin d'être aggravé, il est amélioré et s'amende rapidement sous l'influence du traitement.

Ces caractères particuliers prouvent qu'il s'agit bien d'un ictère spécifique de nature infectieuse causée par le tréponème.

La réaction de Wassermann, pratiquée au cours de l'ictère est souvent négative (observations de Milian et de Gastou) et elle ne devient positive que plus tard après les délais ordinaires suivant l'apparition du chancre.

Certains auteurs avaient pensé que le passage d'éléments biliaires dans le sang chez les ictériques pourraient troubler la recherche du Wassermann et apporter des résultats erronés ; l'ictère suffirait, en dehors de toute syphilis, à rendre le Wassermann positif. Castaigne, par ses recherches effectuées au cours des ictères

chroniques, a établi que, lorsqu'un ictérique présentait un Wassermann positif, c'est qu'il était syphilitique.

L'ictère syphilitique primaire est donc un *accident préhumoral*. On peut le rapprocher de l'ictère préroséolique décrit autrefois par Castaigne (Nicaud).

Nous concluons avec M. P. Nicaud (*Presse Médicale*, 23 février 1927).

« L'ictère syphilitique primaire n'est que la manifestation précoce de l'atteinte du parenchyme hépatique souvent bénigne, d'autres fois plus sévère et toujours d'une grande sensibilité au traitement antisypilitique.

Les localisations prédominantes de la période d'invasion de la syphilis semblent orienter les localisations plus tardives de la période tertiaire et c'est là une raison nouvelle, par un traitement précoce et intensif, de tenter de prévenir les hépatites tardives beaucoup plus difficilement curables dont l'ictère syphilitique primaire pourrait être le prélude ».

SPLÉNOMÉGALIE

La splénomégalie avait été reconnue, par Fournier, comme le plus précoce des accidents secondaires. On sait aujourd'hui qu'elle est déjà un symptôme latent, mais constant, au cours de la période primaire de la syphilis, symptôme qu'il convient de rechercher.

La splénomégalie peut accompagner l'éclosion du chancre ou suivre de quelques jours (De Beurmann) la septicémie syphilitique. Elle constitue, au cours de la syphilis primaire, un symptôme important qui corrobore le diagnostic, surtout lorsque le mal est récent et que la sérologie est encore négative.

C'est un symptôme clinique qui, joint aux autres (aspect de chancre, induration, adénopathie, aide au diagnostic différentiel et est précieux dans certains cas difficiles (herpès par exemple).

APPAREIL PULMONAIRE

D'autres viscères, tels que les bronches et les poumons d'après Lyon, ne sont pas à l'abri de l'atteinte de la syphilis primaire (*Med. Klinik.*, XXI, 1925, p. 403-404).

Obs. I. — Homme de 26 ans. Un mois après l'infection syphilitique, on voit apparaître des symptômes d'une affection pulmonaire, tels que fièvre, sueurs nocturnes, toux, crachats sanglants. Les deux lobes supérieurs sont affectés. Le traitement antisiphilitique institué 2 mois après l'accident initial, fait disparaître rapidement ces symptômes.

D'après cette étude et celles d'autres auteurs, il n'existe pas encore de tableau clinique typique de la syphilis du poumon et des bronches dans la période primaire, car ni les symptômes ni les résultats des méthodes d'investigation, ni les résultats thérapeutiques suffisent à assurer un diagnostic.

Et M. G. Lyon conclut : 1. Les catarrhes bronchiques de la période primaire de la syphilis ne se distinguent pas des catarrhes ordinaires de la trachée. 2. Les manifestations pulmonaires de la période primaire ont en général pour base une tuberculose pulmonaire et demandent que le traitement antisiphilitique soit appliqué avec prudence.

Un autre auteur allemand, Dann, insiste sur les affections pulmonaires spécifiques pendant la période primaire de la syphilis (*Dermat. Zeitschr.*, XV, 1908, p. 539

et p. 635). Sur 15 observations de syphilis pulmonaire dans la période primaire qu'il a recueillies, Dann n'a pu considérer comme certains que 7 cas, et, dans 3 de ceux-ci, Dann put démontrer anatomiquement l'existence du processus syphilitique dans le poumon.

SYSTÈME NERVEUX

La période primitive de la syphilis affecte également le système nerveux. On sait que dès le début de cette période, Nicolau a observé une lymphocytose discrète du liquide céphalo-rachidien, de 10 à 20 leucocytes par mm. cube. (Nicolau, *Recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans la période primaire de la syphilis.*, Ann. Derma., 1919, p. 100 et p. 283).

Nous résumons un cas de Nadel qui montre à quel point on doit redouter ces infections primitives du liquide céphalo-rachidien (*Dermat. Wochenschr.*, LXXVIII, 1924, p. 481).

Il s'agit d'un cocher de 34 ans, traité dans la période séro-négative primaire de la syphilis par des injections de bismuth et de néosalvarsan (chacune de 0,45). Au bout de 3 mois, méningo-récidive, caractérisée par des céphalalgies, une augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien et une réaction de Wassermann positive dans ce dernier. « Ce cas, dit l'auteur, montre qu'il peut se produire des infections du liquide dès la période séro-négative primaire de la syphilis, et que des cures d'énergie moyenne ne peuvent pas toujours arriver à les guérir. Il est vrai que, dans le cas présent, la dose de salvarsan paraît être un peu basse, et le bismuth ne devrait pas, dans le stade primaire, être employé comme complément ou comme succédané du salvarsan.

La syphilis des nerfs a été étudiée par Lortat-Jacob, lequel a mis en évidence l'importance des troubles radiculaires comme symptômes révélateurs d'une atteinte du névraxe. Il insiste sur la fréquence de l'algie occipitale (*Bulletin Médical*, 27 juin 1926). Cette algie est parfois très précoce.

Bordin a publié un cas de paralysie faciale préroséolique.

Bab publia une observation détaillée (L'Affection du Nerf acoustique dans la Syphilis Primaire, aux points de vue diagnostic et pronostic, *Deutsch. Med. Wochenschr.*, XLIX, 1923, p. 218) dont nous donnons la substance :

« Déjà Alexander, Kobrak, et d'autres, avaient montré qu'il peut se produire des affections du nerf acoustique dès la période primaire de la syphilis, encore avant l'apparition du premier exanthème. Mon collègue R. Lehmann et moi nous avons cherché à établir avec quelle fréquence elles se produisent dans les mêmes conditions; nous avons voulu savoir si elles peuvent importer au diagnostic de la syphilis ou à son évolution. Nous avons trouvé, parmi les cas soumis à notre examen, dans la proportion de 75 % des lésions intéressant le territoire du nerf acoustique au cours de la Syphilis Primaire, lésions, il est vrai, légères, puisqu'elles ne déterminaient d'ordinaire aucun trouble subjectif ; mais ces lésions sont toutefois extrêmement caractéristiques : dans les cas cliniques suspects (par exemple dans l'ulcus mixtum) où le spirochète n'est pas décelable, on pourra, le plus souvent, à l'aide de l'examen fonctionnel de l'oreil-

le, dans la plupart des cas, diagnostiquer avec la plus grande certitude, une infection spirochétique ».

Les troubles acoustiques sont très persistants.

CHAPITRE III

Observations personnelles

OBSERVATION I

Syphilis primaire fébrile

Le sujet, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital pour une lésion du sillon balano-préputial datant de 10 jours.

Il assure n'avoir pas eu de rapports depuis 2 mois (femme inconnue).

Il a une tuméfaction assez marquée du bord libre du prépuce avec balanite. De plus, dans le sillon balano-préputial on trouve une petite nodosité du volume d'un pois surmontée d'une érosion, sans bords, à base indurée.

Il existe un écoulement urétral, datant de 3 à 4 jours, d'après le malade.

Enorme adénopathie inguinale bilatérale prédominant à droite (volume d'une noix).

Ganglion sus-épitrochléen droit.

Pas de roséole, rien à la gorge.

Réflexes des pupilles normaux.

Pas de maladie antérieure.

3 décembre : Le malade se plaint depuis plusieurs jours d'une céphalée vespérale frontale. La pression exercée sur le front et à l'émergence du nerf trijumeau ne provoque pas de douleur.

Or, à son entrée à l'hôpital, le malade a une fièvre montant à 39°2 le 2, et le 3 décembre, s'abaissant à 37°8 pour remonter le 9 décembre à 39°, le 10 et le 11 à 39°9 pour redescendre brusquement à 37°. Il n'y a pas de roséole. On a donné 0.30 ctgr. de novarséno. Mais cette dose répétée le 14 ne donne pas d'hyperthermie. Une 3^e poussée se produit le 19, montant jusqu'à 40° avec céphalée, mais pas de vomissement. Il avait reçu une 3^e dose de novarsénobenzol, une 4^e le 24, toujours par l'injection de 0,45 ctgr. de novarsénobenzol. Il survient

après l'injection une adénopathie cervicale postérieure bilatérale avec rougeur et céphalée violente.

Le 29, l'injection à la même dose ne donne pas de réaction.

Le 30 Wassermann + + +.

OBSERVATION II

Syphilis primaire fébrile

A..., âgé de 29 ans, entre à l'hôpital St-Louis.

Antécédents : a eu des crises épileptiformes durant la guerre, à la suite d'un ensevelissement.

Il présente actuellement à la verge un chancre syphilitique avec tréponèmes. Ce chancre, qui date d'un mois, a débuté par un petit bouton dans le sillon balano-préputial à droite.

Depuis, la miction est devenue difficile et douloureuse avec sensation de brûlure plus marquée au début de la miction.

Le chancre a la grandeur d'une pièce de 0.50 centimes, avec une induration du pourtour et un centre rougeâtre.

Sur le gland, à droite du méat, existe un ganglion du volume d'un œuf de pigeon.

Les réflexes sont normaux. Rien aux yeux.

Wassermann + + +.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une fièvre qui atteint 38°, fièvre qui s'élève le 6^e jour à 38°6, puis redescend sitôt la 1^{re} injection de novarsénobenzol pour se maintenir à 37°, sauf une ascension éphémère à 38°2 quelques jours après.

R. M..., âgé de 17 ans, entre le 10 août 1925 dans le service du D^r Milian. Son dernier rapport date d'un mois. Il y a 15 jours est apparu un chancre au prépuce. Actuellement ce

chancre se présente sous forme d'ulcération ovalaire rougeâtre à base indurée, sans bords apparents et indolore.

Adénite inguinale.

Wassermann + + +. Son poids est : 49 kilos.

Le 11 août la fièvre monte le matin à 38°8 pour redescendre le lendemain au-dessous à 37°7.

Seconde poussée, le 13, à 38°2.

OBSERVATION III

Syphilis primaire avec fièvre

A..., âgé de 26 ans, entre à l'hôpital le 26 octobre 1925 pour une ulcération du prépuce. Cette ulcération datant de 30 à 35 jours, est douloureuse. Elle se montre à la face supérieure gauche du prépuce et a la grandeur d'une pièce d'un franc.

Dans sa portion antérieure les bords se sont surélevés, infiltrés, décollés ; le fond en est irrégulier comme vermoulu, couvert de pus, et présente un piqueté hémorragique en forme de croissant à convexité postérieure.

Dans la concavité du croissant existe une autre lésion à bords moins nets, à fond lisse, qui montre une chair musculaire entourée d'une zone où les téguments sont roses, lisses et d'aspect cicatriciel. Cette érosion est plus petite que la première qui est du volume d'une lentille.

La face antérieure de la verge, à la racine du prépuce, présente une autre ulcération de la taille d'une lentille, les bords en sont nets, recouverts d'un pus verdâtre avec piqueté hémorragique.

Il n'y a pas d'induration nette à la base de la grande ulcération.

A l'aine droite, tuméfaction de la grosseur d'une noix.

28 octobre : L'ulcération du dos de la verge est ovale à grand axe transversal présentant l'aspect typique d'un chancre syphilitique du fourreau.

On trouve le tréponème dans les deux chancres.

Le Wassermann est ultra-positif.

Il y a de plus bacille de Ducrey du chancre mou. L'auto-inoculation a été négative.

Traitement par une injection de novarsénobenzol tous les cinq jours. Les 2 premières sont de 0.30 ctgr., la 3^e est de 0.45, la 4^e de 0.60, la 5^e de 0.7.

Or, trois poussées fébriles :

La 1^{re}, à son entrée à l'hôpital, s'élève par à-coups à 39° le 3^e jour, pour descendre lentement en 4 jours à la normale. La 2^e, le 18 novembre est une poussée à 38° durant un jour, la 3^e, le 23 nov. poussée un soir à 39°2.

OBSERVATION IV

Syphilis primaire fébrile

F. H., 28 ans, entré le 20 juillet 1925 pour une lésion de la verge avec adénopathie satellite et éruption discrète.

Rapport suspect il y a un mois, 3 semaines après apparaît la lésion de la verge, celle-ci est en battant de cloche avec le bord libre du prépuce difficilement et incomplètement rabattu en arrière, montrant un écoulement purulent abondant.

La palpation douloureuse montre une induration marquée sous-préputiale.

A l'aine existe une tuméfaction en œuf de pigeon, rouge, chaude, enflammée et douloureuse au point d'empêcher le sommeil.

Adénopathie discrète sur les flancs et le thorax avec éléments arrondis, lenticulaires rose tendre, s'effaçant à la pression.

Wassermann + + +.

Poids du sujet : 54 kg. 100.

La température de 38° monte, après injection de novarséno-benzol de 0,30 ctgr. à 37°7, hyperthermie d'ailleurs éphémère. Deux injections consécutives l'une le 27 de 0.43, l'autre le 1^{er} août de 0.60 ne donnent point le même résultat.

A partir du 10, on fait une injection quotidienne d'un centigramme de cyanure de mercure. L'albumine tombe de suite à 0.50, puis à 0.25 le 13, et n'a plus que des traces le 20.

En même temps le poids diminue d'une façon régulière, de 68 kg. à son entrée à l'hôpital, à 59 le 15 janvier. Le 19 l'œdème malléolaire a complètement disparu, mais on trouve toujours le godet à la partie inférieure de la jambe gauche.

Le malade n'a pas eu de fièvre. Celle-ci a oscillé entre 37°8 et 36°6.

On note le 20, à la suite d'une injection intra-veineuse de novarséno-benzol, un gonflement de l'avant-bras avec rougeur, douleur et élévation de la température à 39°. On fait des pansements humides, la température tombe, mais la rougeur persiste.

Le 31, le malade mange un peu de viande.

Le 2 février, le malade, malgré qu'il ait repris du poids, n'a pas d'œdème des jambes, mais ses paupières sont toujours gonflées.

OBSERVATION V

Syphilis primaire avec albuminurie et péribronchite

Le malade, âgé de 23 ans, chauffeur mécanicien a eu la fièvre typhoïde à 15 ans. Il entre à l'hôpital, le 30 décembre 1926, pour chancre syphilitique récent : on voit le tréponème à l'ultra-microscope.

Le chancre siège sur le prépuce.

Le sujet a de l'albuminurie avec œdème.

Le début remonte à 15 jours et est survenu 15 jours après un coït suspect avec une femme inconnue.

Il est apparu un bouton sur la face interne du prépuce, et au bout de 4 à 5 jours le malade ne pouvait plus décalotter. Ce bouton ne suppurait pas.

Actuellement, il est encore impossible au malade de décalotter, mais il n'y a ni œdème, ni inflammation du prépuce. La palpation permet de sentir sous le prépuce une induration très marquée, arrondie, de dimension d'une pièce de 0 fr. 50.

Dans l'aîne gauche existent de gros ganglions.

Il y a sur les faces interne et externe des cuisses, de petites taches rosées, non saillantes, non prurigineuses, de dimensions variables. Il en existe également sur l'abdomen et quelques-unes moins marquées sur le thorax.

Bras indemnes.

Il existe des ganglions cervicaux postérieurs et sus-épitrochléens.

Le malade raconte qu'il avait depuis 10 jours environ les jambes très enflées le soir, désenflées le matin. La jambe gauche est plus enflée que la droite. Il a augmenté de 5 kg. 500 en 15 jours.

A son entrée à l'hôpital, le malade urine 3 litres et demi et a 2 grammes d'albumine, il est œdématié.

A l'examen, les réflexes achilléo-rotuliens, oculaires, sont normaux. Pas d'inégalité des pupilles. Le cœur est normal.

Pas de douleurs lombaires.

Depuis 3 semaines, le malade tousse surtout la nuit, ne crache pas, n'a pas eu de point de côté, ni de douleur, ni de gêne respiratoire.

L'examen stéthoscopique des poumons révèle de la matité au sommet gauche, matité en avant et en arrière et souffle bronchique en arrière.

Radio du 7 janvier : Diminution de la clarté des deux plages pleuro-pulmonaires. Les deux sommets s'éclairent bien à la toux. Lésions bilatérales de péribronchite. Bon jeu diaphragmatique. Espace rétro-cardiaque normal.

Tension artérielle au Vaquez : maximum 15, minimum 7,5.

Le 2 janvier 1927 il est mis au régime végétarien. L'albumine tombe à 1 gr. le 3 janvier, à 0,50 centigr. le 4, à 0,25 centigr. le 5 ; la quantité d'urine tombe à 2 litres le 4, à 1800 c. cubes le 6, l'albumine remonte le 8 à 1 gr.

Analyse des urines pratiquées le 10-1-1927 :

Volume de 24 heures	900 cc.
Aspect trouble	
Réaction acide	
Densité 1015	
Sucre néant	
Albumine par litre	0 gr. 82
par 24 h.	0 gr. 74
Urée par litre	16 gr. 65
par 24 h.	15 gr.

L'analyse du sang pratiquée le 25-1-27 donne :

Urée par litre	0 gr.35
----------------	---------

—————

Conclusions

Le chancre ne résume pas à lui seul la période primaire de la syphilis.

On peut voir survenir au cours de la période primaire, à côté du chancre, accident local, des accidents généraux se traduisant par de la fièvre, de l'albuminurie, le l'ictère, de la splénomégalie, des méningites, des névrites...

Au point de vue sérologique, la période primaire se divise elle-même en deux périodes :

a) La première : présérologique ou préhumorale où la séro-réaction est négative.

b) La deuxième : sérologique ou humorale où la séro-réaction est positive.

C'est surtout à partir et au cours de cette seconde période qu'apparaissent les accidents généraux.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- ALMKVIST (J.). — Deux cas d'infection syphilitique sans bubons satellites. — *Acta dermato-venereol.*, IV, 1923, p. 141.
- AMELUNG (W.) et STERNBERG (A.). — Die Einwirkung der Frühsyphilis auf Herz und Gefäße. — *Deut. Arch. f. Klin. Med.*, CXLV, 1924, n^{os} 1 et 2.
- AUDRY. — La période dite primaire de la syphilis. — *Paris-Méd.*, 1924, T. 52, p. 191.
- AUDRY et CHATELIER. — Syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire, syphilis à bubon d'emblée. — *Ann. de Dermat. et Syphil.*, juillet 1921, n^o 7, p. 305.
- AUGAGNEUR et CARLE. — Précis des maladies vénériennes, 3^e édition, Paris.
- BAB (M.). — Die Erkrankungen des N. acusticus bei Frühsyphilis in diagnostischer und pronostischer Bedeutung. — *Deut. med. Wochenschr.* XLIX, 1923, p. 218.
- BENECH (J.) et CRÉHANGE. — Un nouveau cas d'ictère syphilitique au cours de la période primaire. — *Bull. Soc. Fr. de Dermat. et Syphil.*, 1926 (R. N.), p. 444.
- BERGH. — Ueber die Inkubationsdauer der Syphilis. — *Mönots-hefte für praktische Dermatologie*, 15 déc. 1893, p. 593.
- BISSOZERO (E.). — Su di una particolare forma di Linfangite consecutiva a Sifiloma iniziale della Fronte. — *Gior. Ital. d. Mal. Vener. e. d. Pelle*, LXIV, 1923, p. 1109, 12, 307.

- BOGDANOVITCH (S. N.). — Ein Fall von ringförmiger Erscheinung bei primärer syphilis. — *Vestnik Dermatologie*, I, n° 2, p. 142.
- BUSCHKE (A.). — Der Ikterus im Frühstadium der Syphilis. — *Zeitschr. f. arztl. Fortbildung*, XXI, 1924, p. 414.
- CADÉAC (M.). — Les caractères initiaux de l'accident primitif de la syphilis. — Thèse de Lyon, 1922-23, 78 p. 8, (n° 54).
- CARLE. — La valeur de la Réaction de Bordet-Wassermann dans le Diagnostic précoce de la syphilis. — *Ann. des Mal. Vénér.*, n° 11, nov. 1918.
- CASABIANCA (J.). — Un curieux cas de réaction d'Herxheimer chez un malade atteint de syphilis primaire. — *Marseille-Méd.*, LXII, 1925, p. 141.
- CHAUFFARD. — Ictères syphilitiques et ictères arsénicaux. — *Journ. des Praticiens*, XXXVII, 1923, p. 17.
- CLAUSEN (W.). — Abortivheilung eines falles von primäraffekt der conjunctiva bulbi mit gleichzeitiger keratitis parenchymatosa punchata. — *Graefe's Arch. f. Ophthal.*, CXI, 1923, p. 467, IX, 343.
- CORMAC. — On the incubation period of true syphilis. — *Medical Press and Circular*, 13 juil. 1870, p. 19.
- COZANET. — De la syphilis d'Emblée. — Thèse de Doctorat, Bordeaux, 1913.
- CRANCE (A.). — The early recognition of the various types of syphilis. — *New-York State J. Med.*, XXVI, 1926, p. 697.
- DAVIDOVITCH (L.). — Diagnostic précoce de la syphilis au cours du chancre mixte. Méthodes sérologiques et bactériologiques. — Thèse de Paris, 1925, 42 p. 8° (n° 122).
- DEL VIVO (G.). — Sopra un Caso non commune di Elaioma dei genitali complicato de Gangrena e Sifiloma primitivo. — *Gior. Ital. d. Mal. Vener. et d. Pelle.*, LXVI, p. 1152-58.

- DONNELLE (M.) — The Period of Incubation of Syphilis. — *Medical Press and Circular*, 9 fév. 1870, p. 99.
- DREYER (A.). — Ueber albuminurie bei Frühsyphilis. — *Deut. med. Vochenschr.*, XIX, XLIX, 1923, p. 550.
- GASTOU et TISSOT. — Un cas d'ictère d'origine syphilitique probablement contemporain du chancre à la période pré-humorale. — *Bull. Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, 1924, p. 519.
- L'ictère syphilitique primaire. — *Rev. Fr. de Dermat. et Vénéréol.*, I, 1925, p. 26.
- GERBAY (Fr.). — La réaction de Bordet-Wassermann et la Pathologie générale de la Syphilis au cours de la période primaire. — Thèse de Paris, 1924, 110, p. 8 (6 pl.) n° 266.
- GERBAY. Enquête sur la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis. — *Ann. des Mal. Vénér.*, n° 7, 8, 9 et 10, 1921.
- GOLAY (J.) et STAROBNISKY (A.). — Essai sur la pathogénie générale de la syphilis : La Syphilis Viscérale. — *Ann. des Mal. Vénér.*, XX, 1925, p. 721.
- GOUGEROT et FERNET (P.) — Syphilis primaires retardées, Echec des traitements prophylactiques trop courts. Moyen d'y remédier. — *Journ. des Praticiens*, XXXVII, 1923, p. 849.
- HARRISON (F.-G.). The diagnosis of primary syphilis by culture. — *Amer. J. Syphilis*, IX, 1925, p. 81.
- HASLUND (O.). — Ulcus induratum axillae a herpes zoster et scapulae. — *Hospitalstidende*, LXVII, n° 20.
- HAUSER. — Primäraffekt. an der rechten Mandel mit varioliformem Exanthem. — *München Dermat. Ges.*, 1924, Sitz, v. 29, II, 1924.
- JAKOWLEW. — La syphilis Cryptogénétique. — *Journal Russe des maladies cutanées et vénériennes*, 1905. — Analyse in dermatologische zeitschrift, 1905.

- JULLIEN. — Courte note sur deux cas de syphilis d'emblée sans accident initial. — *Bei träge f. Dermatologie u. syphilis Festschrift Gewidmet, H. T. Neumann, Leipzig*, 1900, p. 368.
- KRUGER. — Sklerosis in monte veneris bei cinem seborrheischen Eksem. — *Wien Dermat. Ges. S. S. vom*, 6, XII, 1923.
- LACROIX (R.). — La splénomégalie au cours de la syphilis primaire. — Thèse Doctorat, Paris, 1926.
- LETULLE (M.). — Le domaine de la syphilis dans la pathologie des viscères. — *Monde méd.*, XXXIV, 1924, p. 145.
- LEVADITI. — La syphilis, Paris 1909.
- LÉVY-BING, GERBAY et HAAG. — La séro-réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis primaire. — *Ann. des mal. vénér.*, n° 3, mars 1918, p. 140.
- LÉVY-BING. — Syphilis. — *Recherches sur la durée d'incubation de la syphilis.* — *Ann. des Mal. Vénér.*, 1919, p. 323.
- LYON (E.). — Zur Frage der Erkrankungen des Lungen and Bronchien in der Früperiode der syphilis. — *Med. Klinik*, XXI, 1925, p. 403.
- MESTSCHERSKY (S.). — Contr. à l'étude de la syphilis rénale précoce. — *Ann. des Mal. Vénér.*, XX, 1925, p. 698.
- MICHEL (Q.). — Contr. à l'étude des fièvres syphilitiques. — Thèse de Lyon, 1922-23, 106, p. 8° (n° 35).
- MILIAN. — Sur le chancre syphilitique. — *Paris-Médical*, 16° année, n° 5, 1926, p. 101.
- Ictère syphilitique primaire. — *Paris-Médical*, 1920, t. 37, p. 141.
- MILIAN et MOUQUIN. — Fièvre syphilitique primaire. — *Bull. Jac. Dermat.*, 1920, p. 361.
- MULLER. — Kriptogène Syphilis. — *Dermatologische Zeitschrift*, 1899.

- NADEL (A.). — Ein Fall von seronegatives Primärhies mit nachfolgenden Meningealerscheinungen. — *Dermat. Woch.*, LXXXVIII, 1924, p. 481.
- NICAUD (P.). — L'ictère syphilitique primaire. — *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, déc. 1926, p. 1704 et *Presse Méd.*, 23 févr. 1927.
- NICOLAU (S.). — Recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans la période primaire de la syphilis. — *Ann. Dermat.*, 1921, p. 200 et p. 283.
- Sur un cas d'infection syphilitique cryptogénétique. — *Ann. de Dermat. et Syph.*, 1916-1917, p. 188.
- NIVET. — Longue incubation d'un chancre infectieux et retard dans l'apparition des accidents secondaires. — *Journ. des Malad. cutan. et syphil.*, t. J, p. 304.
- NOBÉCOURT. — Les premières étapes de la syphilis acquise chez des enfants, syphilis primaire et secondaire. — *Pédiatrie Pratique*, 1924, p. 55.
- PODESKA. — Deux cas de syphilome initial des cavités nasales. — *Arch. Internat. de Laryngol.*, XXXII, 1926, p. 81.
- POLLAND. — Syphilis ohne Primäraffekt. — *Archives f. Dermatologie*, 1913.
- POST. — The Leinght of the Primary incubation stage of syphilis. — *Journal of Cutaneous diseases*, 1906, p. 362.
- PUECH. — Deux cas de chancre induré à longue incubation. — *Journ. des malad. cutanées et syphil.*, 1889-1890, t. II, p. 88.
- QUEYRAT. — Conduite du traitement d'une syphilis à la période pré-humorale. — *Ann. des mal. vénér.*, XVIII, 1923, p. 694.
- RAVASINI. — Edena indurativo del Frene e dello Scroto di Natura Sifilitica. — *Giorn. Ital. di Mal. Vener. e d. Pelle*, LXV, 1924, p. 1567.

- REISS. — Ueber die Haltbarkeit der Begriffs « Primäre Syphilis », etc. — *Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901.
- SABARÉANU. — Chancres syphilitiques successifs. — Thèse Paris, 1905.
- SADEK (M. T.). — Palpebral and Conjunctival Syphilitis Manifestations. — *Bull. of the Ophtalm. Soc. of Egypt.*, 1923, p. 82-89.
- SARATEANU (F.) et BLUMENTAL (M.). — Ictère syphilitique pré-humoral, — *Ann. des Mal. vénér.*, XX, 1925, p. 481.
- SIGMUND. — Ueber die Incubation der Syphilis. — *Wiener Mediz. Woch.*, 1865, n^{os} 77, 78, 79, 80.
- STOECKENIUS. — Mitz und Leberveränderungen bei frischer syphilis. — *Klin. Wochenschr.*, V, 1926, p. 1636.
- STOOKEY (W.-F.). — The primary Manifestations of Syphilis in women. — *The American Journal of Syphilis*, janv. 1927, vol. XI, n^o 1, p. 68.
- STÜHMER. — Biologische Vorgänge im Primäraffekt. — *Dermat. Zeitschr.*, XL, 1923-24, p. 35.
- VERCHÈRE. — Syphilis d'emblée. — Congrès international de Médecine, Rome, 1894.
- ZBOROWSKY (W. F.). — Ein Fall von nichtulzerierter Initialsklerose an der Bindehaut des Augapfels. — *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, LXXV, 1925, p. 704.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
PRÉFACE.....	11
CHAPITRE I :	
LE CHANCRE SYPHILITIQUE.....	13
CHAPITRE II :	
LES ACCIDENTS GÉNÉRAUX.....	19
Réaction de Wassermann.....	23
Fièvre.....	25
Albuminurie.....	27
Ictère.....	29
Splénomégalie.....	39
Appareil pulmonaire.....	40
Système nerveux.....	42
CHAPITRE III :	
OBSERVATIONS PERSONNELLES.....	45
Syphilis primaire fébrile.....	46
Syphilis primaire avec albuminurie....	51
CONCLUSIONS.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	57

TABLA DES MATIERES

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette

